

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.016.495

Wien, 15.1.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 4377/J der Abgeordneten Gerald Loacker und Kolleg*innen betreffend Intensivressourcen der Krankenhäuser** wie folgt:

Frage 1:

Auf welcher Datenbasis erfasst die AGES verfügbare Krankenhausbetten? Bitte um Erläuterung des Einmeldeverfahrens und Bekanntgabe der offiziellen Zahlen seit 01.03.2020 (Aufgeschlüsselt nach Krankenhäusern, falls dies nicht möglich ist nach Bundesländern)

Die bundesweite, tagesaktuelle Datenquelle (bestehend seit der 14. Kalenderwoche des Jahres 2020) umfasst alle Daten, die durch das Amt der jeweiligen Landesregierung (Bundesland) eingemeldet werden und in die Darstellung im AGES-Dashboard einfließen (https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard_Hosp.html#). Die diesbezügliche Information findet sich im Bereich „Download“ unter CSV Download als Excel Datei bei „Covid-Fallzahlen“.

Frage 2:

Seit 11.11. werden die Bettenkapazitäten der Bundesländer mithilfe eines neuen Systems an das BMSGPK eingemeldet.

a. Wie haben diese Zahlen sich bisher entwickelt? (Bitte um Aufstellung von Bettenbelag, freien Betten, sowie Zusatzkapazitäten nach Bundesland)

- b. *Nehmen mittlerweile alle Bundesländer an dieser Erhebung teil? Falls nein, mit welcher Begründung?*
- c. *Mit welcher Begründung werden diese Zahlen als Basis für die Prognoserechnungen verwendet, wenn sie nicht die Kapazitäten des gesamten Landes abbilden?*
- 2a) Die Entwicklung der Zahlen des Kapazitätenmonitorings (Reporting) des BMSGPK sind in der beigefügten Tabelle, aufgelistet nach belegten Betten, freien Betten und Zusatzkapazitäten mit Differenzierung auch nach COVID-19-Kapazitäten, jeweils auf Bundesländerebene, exklusive Wien, aufgelistet. Die Entwicklung der Zahlen zu den Bettenkapazitäten sind weiterhin über das AGES-Dashboard abrufbar (https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard_Hosp.html#). Sämtliche Daten werden von der AGES zur qualitativ bestmöglichen Darstellung im Laufe eines Tages (auch rückwirkend) in die Dashboard-Abbildung eingebaut.
- 2b) Es nehmen derzeit 8 Bundesländer an diesem, auf Freiwilligkeit basierenden, Reporting teil. Die zu ergänzenden Daten werden über die SKKM Erhebung vervollständigt. Die genauen Hintergründe zur Nicht-Teilnahme an diesem Monitoring sind dem BMSGPK nicht bekannt. Die Bestrebung, eine gesamtheitliche Erhebung durchzuführen, ist weiterhin gegeben.
- 2c) Die Prognoseberechnung des BMSGPK stellt vor allem die Entwicklung auf Bundesländerebene dar, um bei Bedarf rechtzeitige, wenn notwendig auch bundesländerübergreifende, Vorkehrungen für die zu erwartende Kapazitäten-Entwicklung treffen zu können. Die prognostizierte Kapazitäten-Entwicklung für ganz Österreich wird zur Berechnung für das Prognose-Konsortium mit allen zur Verfügung stehenden Daten gespielt und bildet somit die Gesamtprognose für Österreich ab.

Frage 3:

Beim BMSGPK nicht verfügbare Werte werden um Zahlen des BMI aus dem SKKM ergänzt. Wie haben sich die Zahlen des SKKM bisher entwickelt? (Bitte ebenfalls um Aufschlüsselung nach Bundesland seit 01.03.2020)

Die SKKM-Daten im Zeitverlauf sind im BMI verortet. Das BMSGPK war und ist in diese Datenmeldung einbezogen, eine elektronische Abrufbarkeit der Daten im Zeitverlauf ist im BMSGPK jedoch nicht möglich.

Frage 4:

Wie viele Beatmungsgeräte wurden vom BMSGPK seit März 2020 beschafft? Auf welche Summe belaufen sich diese Anschaffungen?

- a. *In welche Krankenhäuser beziehungsweise Bundesländer wurden diese verteilt und auf welcher Grundlage?*
- b. *Erhält das BMSGPK eine Kostenerstattung für die Beschaffung der Beatmungsgeräte?*
- c. *Falls ja, von wem (Krankenhausbetreiber, Landesgesundheitsfonds etc.) und in welcher Höhe des Anschaffungspreises?*

Der Bund hat im Rahmen des Bundeskontingents insgesamt 685 Beatmungsgeräte beschafft. Die Beschaffungen wurden durch das Österreichische Rote Kreuz auf Grundlage eines Vertrages mit dem Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW) getätigt. Vom Krisenstab meines Ressorts wurden in diesem Zusammenhang Bedarfe laufend von den jeweiligen Bedarfsträgern erhoben.

Entsprechend dem im Frühjahr aufgesetzten Prozess wurden die Beatmungsgeräte entsprechend der Bedarfsmeldungen an alle Bundesländer verteilt. Die landesinterne Bedarfserhebung sowie die Verteilung auf die Krankenhäuser erfolgte durch die Länder.

Gemäß § 1 Abs. 1 Z 4 Zweckzuschussgesetz trägt der Bund die Kosten für die im Rahmen des Bundeskontingents beschafften und an die Bundesländer verteilten Beatmungsgeräte.

Frage 5:

Welche Zahlen der Intensivbetten (AGES, BMSGPK oder andere) dienen dem Bundesminister beziehungsweise der Regierung zur Abschätzung der Pandemieentwicklung?

Die Zahlen der regelmäßigen Prognoserechnungen, aufbauend auf dem seit März eingerichteten Reporting auf Bundesebene, zu den in den nächsten Wochen zu erwartenden Fallentwicklungen und Hospitalisierungen inkl. Intensivbelegungen werden im BMSGPK zur Einschätzung der Entwicklung herangezogen.

Frage 6:

Können die neu geschaffenen Intensivkapazitäten auch nach den Kategorien des Regionalen Strukturplans eingeteilt werden? Falls ja, bitte um regionale Aufschlüsselung dieser Kapazitäten, idealerweise im Zeitverlauf seit März 2020.

Grundsätzlich handelt es sich um Überwachungs- und Intensivbetten, wobei eine Kategorisierung wie in den RSG nicht vorgenommen wird, da sie nicht mit dauerhaften Strukturen vergleichbar sind. Die zusätzlichen, kurzfristig geschaffenen bzw. schaffbaren Bettenkapazitäten im Normalpflege- und im Intensivpflegebereich, um die COVID-19 Patientinnen und Patienten und alle anderen Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgen zu können, sind aufgrund der dynamischen Entwicklung in der COVID-Krise im Hinblick auf den Versorgungsbedarf je nach medizinischer Versorgungsnotwendigkeit zu widmen.

Frage 7:

Welche Informationen liegen dem BMSGPK über das Pflegepersonal vor?

- a. *Wie setzt sich der Pflegeschlüssel für die verschiedenen Kategorien von Intensivpatient*innen beziehungsweise COVID-19-Patienten zusammen?*
- b. *Wie verteilt sich dieses Personal regional in den Bundesländern?*
- c. *Welche Strategien sind aktuell geplant, um bei Engpässen Zimmersperren zu verhindern?*

Für den Pflegeschlüssel im Intensivbereich gelten generell folgende Anforderungen:

Im ÖSG sind in Kapitel „Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche“ die grundsätzlichen Anforderungen an Personal und Ausstattung definiert. Diese werden nach den Kategorien „Intensivüberwachungseinheit (IMCU)“ mit einer Stufe und „Intensivbehandlungseinheit (ICU)“ mit drei Stufen differenziert.

Für das Pflegepersonal sind folgende Qualitätskriterien definiert:

- IMCU: Besetzung mit Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP) täglich 24 Stunden
- Auf ICU müssen zusätzlich mindestens 50% der DGKP die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

Für die Abrechnung nach dem LKF-Modell sind für diese vier Kategorien von Intensiveinheiten neben den im ÖSG definierten Kriterien je Kategorie konkrete Mindestrichtwerte für den Schlüssel „Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal je systemisiertes Bett“ zu erfüllen. Dieser Schlüssel versteht sich als Vollzeitäquivalent (VZÄ).

Der Mindestrichtwert beginnt für IMCU bei 1,5 VZÄ DGKP je 1 systemisiertes Bett und steigt sich jeweils um zusätzlich 0,5 VZÄ bis zur Stufe 3 für ICU mit einem Schlüssel von 3,0 VZÄ je 1 systemisiertes Bett.

Die Genehmigung der Abrechnung erfolgt durch die Landesgesundheitsfonds nach Prüfung der Kriterien laut LKF-Modell.

Zahlen über die konkrete Zusammensetzung der Pflegeschlüssel regional nach Bundesländern liegen dem BMSGPK nicht vor.

In einem Schreiben vom 18. November hat das BMSGPK unter dem Titel „Klarstellungen zur Anwendung der ÖSG- und LKF-Regelungen während der Covid-19-Pandemie“ folgende erläuternde Ausführungen veröffentlicht:

- Situationsbezogene Anwendung der Inhalte des ÖSG:
Der ÖSG ist keine verbindliche Rechtsnorm, sondern ist in seiner Form ein objektivierte Sachverständigen Gutachten. Soweit im ÖSG geltendes Recht (wie z.B. Bestimmungen im Berufsrecht, Regelungen aus der Ärzteausbildungsordnung) wiedergegeben wird, sind diese Inhalte verbindlich einzuhalten. Die weiteren Inhalte des ÖSG sind auf die aktuelle Situation der COVID-19-Pandemie derart anzuwenden,

dass für alle COVID-19-Fälle und auch Nicht-COVID-19-Fälle die erforderliche intensivmedizinische Betreuung entsprechend dem bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Standard („State of the Art“) sichergestellt ist.

- **Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP):**
Während der angespannten Zeit mit einem hohen Anteil an hospitalisierten COVID-19-Fällen auf den Intensiveinheiten ist bezüglich des laut ÖSG bis Ende 2020 zu erreichenden Richtwerts „mind. 50%iger DGKP-Anteil mit Intensivausbildung“ eine Unterschreitung jedenfalls zulässig, um eine ausreichende pflegerische Versorgung aller intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten, selbst bei Ausfall eines größeren Teils des pflegerischen Teams (z.B. durch Erkrankung, Quarantäne), zu gewährleisten. [...]
- **Eingeschränkte Geltung der Regelungen im LKF- Modell:**
Die Einhaltung der im LKF-Modell festgelegten Personaleinsatzzahlen ist während der COVID-19-Pandemie keine zwingende Voraussetzung für die Abrechnung der intensivmedizinischen Leistungen. Das heißt, dass während dieser angespannten Situation, in der Patientinnen und Patienten auf zusätzlich herangezogenen Bettenkapazitäten versorgt werden müssen und/oder es zu Personalausfällen in Folge von Erkrankung, Quarantäne etc. kommt, eine vorübergehende Unterschreitung der im LKF-Modell festgelegten Personaleinsatzzahlen zulässig ist und zu keinen LKF-Punkteverlusten führt.

Frage 8:

Effizienterer Verwaltungsvollzug durch Transparenz. Aufwand für die Anfragebeantwortung:

- a. *Wie viele Personen insgesamt waren bei der Anfragenbeantwortung involviert.*
- b. *Wie viele Arbeitsstunden insgesamt fielen für die Anfragenbeantwortung an? (Angaben in Halbestunden, z.B. 1,5h)*
- c. *In welchem Ausmaß könnte eine strukturierte, laufende Datenoffenlegung (Transparenz) diesen Aufwand reduzieren? Angaben in % und/oder Stunden)*

Die Beantwortung parlamentarischer Anfragen macht regelmäßig die Einbeziehung eines großen Personenkreises notwendig, insbesondere auch deshalb, weil sehr oft die Befassung vieler unterschiedlicher Organisationseinheiten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, aber auch externer Stellen, für die Erlangung der angefragten Informationen erforderlich ist. Über die zeitliche Inanspruchnahme der einzelnen Mitarbeiter*innen mit spezifischen Aufgaben werden keine Aufzeichnungen geführt.

Eine strukturierte, laufende Datenoffenlegung könnte diesen Aufwand nicht reduzieren. Die Anfragen der Abgeordneten sind oft sehr spezifisch, so dass es bloß ein Zufall wäre, wenn die veröffentlichten Daten in ihrer Struktur, Gliederung und Gestaltung dem entsprechen würden, was die Abgeordneten als Antwort wünschen. Auch im vorliegenden Fall mussten die für die Anfragenbeantwortung notwendigen Auswertungen speziell an die gestellten Fragen angepasst werden.

Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Informationen dann von den Abgeordneten selbst unter Inanspruchnahme der offengelegten Daten ermittelt werden würden. Einerseits wäre dies, aufgrund der großen Menge an zu durchsuchenden

Datensätzen, gar nicht einfach und andererseits zeigt die Erfahrung, dass die den Abgeordneten bereits jetzt zur Verfügung stehenden Informationen nur in geringem Ausmaß genützt werden. So werden regelmäßig zu Themen und für Zeiträume parlamentarische Anfragen gestellt, für die schon beantwortete Vorfragen vorliegen.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

